

## 被爆者健康手帳交付申請書

本 籍 地

郵便番号 〒 -

居 住 地

電話番号 ( )

ふりがな  
氏 名

年 月 日生

和歌山県知事

様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

※この欄は、記入しないでください。

県受付印	保健所受付印	被爆者健康手帳番号	法区分	号
			1 町 丁目	km
		2 月 日 町 丁目		
		交付年月日	3 救護 死体処理 海上	
			4 胎児 母親 ( 号)	